



Reconocimiento de la Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA) Y autorización para la publicación de su historial médico

A NUESTROS PACIENTES: Estamos obligados por todas las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que proporcione tratamiento a usted.

Podemos utilizar y divulgar su información de salud para obtener el pago de las compañías de seguros o de terceros para el tratamiento y servicios que ofrecemos a usted, a menos que se notifique por escrito que no desea que divulguemos su información de salud a su proveedor de seguro, en cuyo caso usted sería un paciente auto-pagador y sería responsable de pagar sus reclamaciones de su bolsillo.

Por favor, inicie y compruebe cómo procesaremos sus reclamos en los Asociados de Medicina Familiar de El Paso, P.A.:

- Elijo usar mi Proveedor de Seguros para el procesamiento de mis reclamos.
Iniciales: _____.
- Elijo NO usar mi Proveedor de Seguros, y los servicios prestados por los Asociados de Medicina Familiar de El Paso, P.A. Ser pagado de su bolsillo.
Iniciales: _____.

Podemos revelar su información de salud:

- A nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos prestan servicios si la información es necesaria Para tales funciones o servicios.
- Supervisar las actividades que incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
- Para propósitos de Notificación de Violación de Datos para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado a su información de salud.
- Para demandas y disputas.
- A cualquiera de las siguientes entidades o para los fines mencionados: aplicación de la ley; Forenses, examinadores médicos y funerales Directores; Servicios de protección para el Presidente y otros; Riesgos para la salud pública; Actividades de supervisión de salud permitidas por la ley; Actividades de seguridad nacional e inteligencia; Si usted es un preso o individuo bajo custodia.

A MENOS QUE USTED DEBERA AUTORIZARSE POR ESCRITO, NO PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PARA CUALQUIER RAZÓN EXCEPTO LOS DESCRITOS ARRIBA.

No podemos divulgar su información de salud sin autorización por escrito para lo siguiente:

1. USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA PARA LA COMERCIALIZACIÓN.

- Al marcar esta casilla y firmar abajo, autorizo a los Asociados de Medicina Familiar de El Paso, P.A. a enviarme información educativa y/o información de marketing sobre nuevos productos y servicios que puedan estar disponibles. Asociados de Medicina Familiar de El Paso, P.A. puede recibir una remuneración directa o indirecta de otra entidad por participar en ciertas actividades educativas y / o eventos de marketing o promociones.



Reconocimiento de la Revisión de la Notificación de Prácticas de Privacidad (HIPAA) y autorización para la publicación de su expediente médico

Por favor, inicie y compruebe cómo podemos divulgar su información de salud:

- PERMITO que mi información médica protegida sea utilizada con fines de marketing.
Iniciales: _____.
- NO PERMITA que mi información médica protegida sea utilizada para Propósitos de Marketing.
Iniciales: _____.

2. REVELACIONES QUE CONSTITUYEN UNA VENTA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA.

****Si por alguna razón usted no puede firmar una autorización médica para sus expedientes médicos, puede indicar por escrito (abajo) el nombre de una persona y la información que les permite comunicarse o firmar y recoger su información médica protegida (por ejemplo, un miembro de la familia, cónyuge o amigo de confianza). Si no proporciona el nombre de un contacto en el espacio siguiente, entenderemos que no desea que nadie pueda recoger sus registros médicos para usted.****

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Entiendo que Asociados de Medicina Familiar de El Paso, P.A. tiene permiso para divulgar y discutir mi información a la (s) persona (s) declarada(n) en este formulario, y que puedo cambiar en cualquier momento para permitir / prohibir que otra persona reciba mi información si así lo desea, pero esto debe indicarse por escrito. Si no hay nadie en la lista anterior, los registros se entregarán a nadie más que al paciente.

Se requiere una firma (abajo) para reconocer su comprensión de las prácticas de privacidad de los Asociados de Medicina Familiar de El Paso,

Firma del paciente (o representante del paciente) _____
Fecha

Nombre impreso del paciente o representante _____
Autoridad del representante para firmar para el paciente (Por ejemplo, padre, tutor, poder legal para cuidado de la salud o ejecutor.)

HIPAA Updated as of 2/15/2017